

GAZETA LEKARSKA.

ZE SZPITALA „AM URBAN“ W BERLINIE.

I. PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI POWIKŁAŃ CHIRURGICZNYCH PRZY MOCZÓWCE CUKROWEJ.

Napisał

A. Żebrowski.

Jednym z nader nieprzyjaznych i niebezpiecznych powikłań przy moczówce cukrowej jest uraz, w najszerszym słowa tego znaczeniu. Chociaż literatura cukrzycy jest nader bogatą, jednak w dostępnych nam dziełach specjalistów francuskich i niemieckich znaleźliśmy zaledwie kilka sporadycznych przypadków, w których uraz stanowił istotę powikłania chirurgicznego przy cukrzycy. Mając możność obserwowania kilku ciekawych przypadków tego rodzaju, chcemy podzielić się z czytelnikiem paru spostrzeżeniami; przedtem jednak poruszymy kwestyę związku przyczynowego pomiędzy cukrzycą a słabą dążnością ran wszelkich ku leczeniu się *per primam*, ewentualnie ku tworzeniu zdrowej ziarniny.

W literaturze cukrzycy zwraca uwagę swą wyczerpującą kazuistyką i gruntownem oświetleniem teoretycznej strony interesującej nas tu kwestyi dzieło MARCHAL DE CALVI ¹⁾, wydane w 1864 roku. Autor jedyną przyczynę licznych powikłań przy moczówce cukrowej upatruje w odrębnej swojej dya tezie, zwanej przezeń *diathèse phlogosogangreneuse*. Istotę owej „dya tezy“ MARCHAL DE CALVI określa następującemi słowy: „*la matière diatesique est parfaitement distincte, parfaitement déterminée, on l'a dans la main: c'est le sucre*“. Istotnie rzecz prosta nadzwyczajnie: cukier gronowy, zamiast ulegać spaleni u na kwas węglany i wodę, krąży wraz ze krwią w tkankach; obecność cukru, jako części składowej nieprawidłowej, obniża żywotność komórek, powoduje zapalenie błony wewnętrznej (*intima*) tętnicy [MARCHAL DE CALVI]; słowem, staje się bezpośrednią przyczyną takich powikłań, jak: *gangraena, phlegmone, furunculosis etc.*.

¹⁾ Recherches sur les accidents diabétiques et essai d'une théorie générale du diabète. Paris. 1864.

O samoistnem powstawaniu zgorzeli przy moczówce cukrowej wiadomo już oddawna. Po raz pierwszy MARCHAL DE CALVI w roku 1852 zwrócił uwagę na powstawanie zgorzeli przy cukrzycy i wskazał na związek przyczynowy pomiędzy tymi zjawiskami. Ze 133 przypadków powikłań przy cukrzycy, przytoczonych przez tego autora, większa część przypada na zgorzel kończyn lub płuc.

BOUCHARDAT w swem dziele: „*De la glycosurie ou diabete sucré. Paris. 1875*“ również przytacza zgorzel, jako najczęstsze powikłanie przy moczówce cukrowej (*accidents gangreneus de la glycosurie. str. 75*).

W niemieckiej literaturze istnieje obszerna monografia SEEGEN'a ¹⁾, który zebrał 200 przypadków moczówki cukrowej. U tego autora również największą część powikłań stanowi zgorzel, natomiast uraz raz jeden tylko spowodował powikłanie chirurgiczne przy cukrzycy [SEEGEN, str. 129]. BOUCHARDAT, pomimo obfitej kazuistyki, wcale nie podaje przypadku, w którym uraz grałby rolę powikłania przy cukrzycy, natomiast u MARCHAL'a DE CALVI znajdujemy 2 tego rodzaju przypadki. W pierwszym z nich [39-ty] jest mowa o 58-letnim pacyencie, który w ciągu mniej więcej 2 lat poddał się kilku z rzędu amputacjom [palców u nogi, stopy, wreszcie całej nogi].

Powodem do amputacji była zgorzel. Dopiero w końcu drugiego roku zagadkowa przyczyna cierpienia chorego została wykrytą przy rozbiórce chemicznym moczu: pacjent był dyabetykiem. W drugim przypadku przy cukrzycy utworzyło się owrzodzenie goleni: amputacja, następnie zgorzel i zejście śmiertelne.

Przechodzimy z kolei do opisu spostrzeganego przez nas przypadku.

K. Zander, 43-letni ogrodnik, został 23. VII. bieżącego roku ukąszony przez psa. Na tylnej stronie palca wskazującego lewej ręki mała ranka wielkości 5 srebrnej dziesiątki. Na drugi dzień ręka spuchła, rana stała się bardzo bolesną. Pacjent udał się no miejscowego Pogotowia Ratunkowego („*Unfallstation*“), gdzie wykonano dwa nacięcia i zrobiono opatrunek. Po trzech dniach opuchnięcie i ból powiększyły się do tego stopnia, że pacjent przybył do szpitala „*am Urban*“. Pacjent podaje, że już od lat pięciu cierpi na cukrzycę. Badanie moczu wykazuje 3—4% cukru [aparaturę polaryzacyjną MITSCHERLICH'a]. Wobec tego pacjentowi od razu przepisano dietę mięsna. W ciągu pierwszych dni ilość moczu wahała się między 3000—4000 ctm. sześć. na dobę.

Status praesens. Mężczyzna, zdrowo wyglądający, średniego wzrostu, dobrze odżywiony. Niewielka rozedma płuc. Serce bez zmian. Tętno 90. Ciężkość ciała 39,3^o. Na palcu wskazującym lewej ręki znajduje się rana 2½ ctm. długości, 1½ ctm. szerokości. Na tylnej powierzchni ręki między 2—3 *os metacarp*i nacięcie, 4 ctm. długości mające, drugie nacięcie nieco mniejsze na wysokości *processus styloideus radii*. Cała ręka jest bardzo opuchnięta, zaczerwieniona i bolesna. Wydzielina ran obfita.

¹⁾ SEEGEN. *Der Diabetes mellitus*. Leipzig. 1870.

Dnia 28. VII. Pod chloroformem powiększono oba nacięcia i wykonano tamponadę gazą jodoformową. Opatrunek.

Dnia 30. VII. Przestrzeń pomiędzy obu nacięciami przecięto, ranę rozszerzoną, nałożono opatrunek z gazy jodoformowej. Ciepłota ciała 38,2°.

Dnia 4. VIII. Na tylnej powierzchni ręki strzępy obumarłej tkanki. Przedramię opuchnięte, przy dotknięciu i ruchach bardzo bolesne. Wykonano nowe nacięcie, 12 ctm., powyżej poprzednich. Opatrunek. Ciepłota ciała 37,4° C..

Dnia 15. VII. Wydzielina obfita, lecz wszystkie rany wyglądają znacznie lepiej; zaczynają się tworzyć granulacye [pacyent wciąż otrzymuje ściśle „diabetyczną“ dyetę]. Ciepłota ciała 37,2°.

Dnia 1. IX. Wydzielina wciąż znaczna. Gąbczaste granulacye, przypalanie przy pomocy *argent. nitr.* Opatrunek.

Dnia 2—10. IX. Przy ciągłej zmianie opatrunków, przypalania ziarniny azotanem srebra i odpowiedniej dyecie stan chorego znacznie się polepszył; wszystkie rany ręki zostały pokryte przez ziarninę. Ręka nie opuchnięta i nie bolesna. Zwykły opatrunek z gazy aseptycznej.

Widzimy w tym przypadku, jak poważne następstwa jedynie z powodu moczwówki cukrowej pociągnęła za sobą niewielka ranka, w dodatku od razu starannie leczona i opatrywana. Pacyent zmuszony był blisko 2 miesiące przeleżeć w szpitalu, poddać się kilku drobnym wprawdzie operacyom i prócz tego na całe życie pozostaną mu znaczne blizny na ręce. Sądzimy, że gdyby pomoc lekarska w danym przypadku nie usunęła natychmiast grożącego niebezpieczeństwa, to, być może, rany stałyby się tak groźnemi, że pacyent mógłby utracić lewą rękę, a może nawet życie: zgorzel byłaby niechybną.

Drugi nasz przypadek, zbiegiem okoliczności jednocześnie z pierwszym spostrzegany, przedstawia się, jak następuje:

K. Seeliger, lat 65, przed dwoma miesiącami był operowany z powodu zapalenia kiszki ślepej i tkanki łącznej miednicy. Obecnie przybył do szpitala w celu poddania się operacji resekcji wyrostka robaczkowego.

Status praesens. Mężczyzna miernie odżywiony, muskulatura wiotka. Serce zdrowe. Nieznaczny katar oskrzeli. Brzuch wiotki, nie bolesny. Ciepłota ciała 37,2°. Stolec regularny. Mocz prawidłowego koloru, o słabo kwaśnym odczynie, bez śladów białka i cukru. Niewielka ilość indygo („*Indicanreaction*“).

Dnia 25. VIII. Operacja pod chloroformem. Cięcie długości 12 ctm. mające, 2 ctm. porad *ligam. Poupartii*. Po otwarciu otrzewnej ukazała się kiszka ślepa, miejscami zrosnięta z otrzewną. Po rozcięciu nielicznych zrostów zostaje odpreparowanym wyrostek robaczkowy, leżący w tyle, po za kiszką ślepą. Odcięcie *processus vermicularis*, przypalenie za pomocą przyrządu PAQUELIN'a, gaza jodoformowa i częściowe zaszcycie rany; dren z gazy.

Dnia 26. VIII. Ciepłota ciała 38,3°. Rana wygląda dobrze. *Bronchitis diffusa*.

Dnia 5. IX. Szwy wyjęto. Rana zagojona *per primam*. Katar oskrzeli nieco się powiększył; chory kaszle, płwocina bez szczególnych oznak. Na plecach utworzyło się kilka wrzodów (*furunculi*). Mocz nieco mętny, ślady białka, cukier w dość znacznej ilości [odeczyn TROMMER'a; polaryzowanie z powodu obecności białka nie daje dokładnych rezultatów; według FEHLING'a—3%]. Ciepłota ciała 39,2°. Dyeta mięsna [„dyabetyczna“].

Dnia 10. IX. Stan bez zmian. Ilość wrzodów na plecach powiększyła się; wykonano kilka małych nacięć. Ciepłota ciała 38,0°. Mocz wciąż daje odeczyn na cukier, lecz procent cukru zmniejszył się do 2%.

Dnia 13. IX. Stan ogólny znacznie się polepszył. Wrzody na plecach zaczynają się goić. Cukier w moczu bez zmiany [2%]; ślady białka. Nieżyt oskrzeli mniejszy. Ciepłota ciała 37,5. Przez cały czas pacjent otrzymywał codziennie *camph.*, *benzoës*.

W przytoczonym powyżej przypadku widzimy pomiędzy cukrzycą i chirurgicznym powikłaniem stosunek wprost odwrotny w porównaniu z przypadkiem poprzednim: tu moczówka cukrowa gra rolę powikłania, zjawiając się u przedtem zupełnie zdrowego pod tym względem pacyenta w 10-ym dniu po operacji. Przez te 10 dni rana operacyjna zdążyła zagoić się *per primam* i tym sposobem pacjent szczęśliwie uniknął grożącego mu niebezpieczeństwa; z powodu cukrzycy jednakże moczówka cukrowa spowodowała zjawienie się wrzodów na plecach (*furunculosis*), z powodu których ciepłota ciała podniosła się do 39,4°, a trwając tydzień cały, znacznie osłabiła chorego. Jedynie ścisła dyeta i staranne leczenie wrzodów zmniejszyły do możliwego *minimum* nieprzyjazny i niebezpieczny wpływ moczówki cukrowej, która, być może, pozostanie już nadal wiernym towarzyszem naszego pacyenta.

Trzeci spostrzegany przez nas przypadek właściwie nie jest w ścisłym związku z naszym założeniem, podajemy go jednak dlatego, że zakończył się zejściem śmiertelnem i że wykonano sekcję anatomo-patologiczną.

A. Lamprecht, 14 lat mający, pochodzi ze zdrowej rodziny. Od 2 lat cierpi na ciężką cukrzycę: ilość cukru dochodziła podobno do 10%. Dolegliwości głównie składały się z ciągłego uczucia pragnienia i wydalania wielkich ilości moczu [do 4 litrów na dobę].

Przed 4-ma tygodniami powstały bóle w uchu prawem, a przed 10 dniami wysięk ropny. W tymże czasie po za prawem uchem na wyrostku 3-utkowym utworzył się wrzód wielkości kurzego jaja; bóle powiększyły się znacznie. Pacjent przybył w stanie opłakanym: wychudzenie, początek śpiączki cukrzycowej [z ust zapach acetonu], ciepłota ciała 35,2°, tętno nitkowate, bardzo słabe, 125. Wobec wciąż powiększającej się zapaści operacji nie wykonano. Po trzech dniach śpiączki nastąpiła śmierć. Sekcja, prócz niewielkiego przekrwienia opon mózgowych i powiększenia wątroby, nie wykazała żadnych zmian.

Zważywszy wszystko, co powiedziano powyżej, z łatwością przyjść można do trzech następujących wniosków:

1-o że w razie uporczywego nieogojenia się ran wszelkich zawsze mieć trzeba: na myśli cukrzycę;

2-o że moczówka cukrowa stanowi niebezpieczne powikłanie przy zabiegach chirurgicznych;

3-o że moczówka cukrowa może powstać w czasie okresu rekonwalescencji operowanego pacjenta i tem wytworzyć niepożądane i czasem niebezpieczne powikłanie.

Z KLINIKI CHORÓB DRÓG MOCZOWYCH PROF. GUYON'a W PARYŻU.

II. O GRUŻLICY NEREK.

Napisal

D-r Bolesław Motz,
asystent kliniki.

— 1 — 1 —

[Dokończenie.—Patrz Nr. 48].

Drugim objawem, łatwo w błąd wprowadzającym, jest ból przy oddawaniu moczu. Zasługuje on również na uważne każdorazowe analizowanie. Przy prawdziwym zapaleniu pęcherza chory doznaje bólu zwykle przy końcu oddawania moczu. Badając chorych, dotkniętych gruźlicą nerek, zauważyłem, że ból ten bywa bardzo często przed oddawaniem moczu, a u mężczyzny daje się czuć szczególnie w końcu prącia [zołędzi]. Fakt ten jest niewątpliwym dowodem, że mamy również do czynienia tylko z prostym odruchem nerwowym. O tych odruchach nerek może świadczyć jeszcze i ten fakt, spostrzeżony przeze mnie, że w wielu przypadkach gruźlicy nerek chory doznaje nagle trudności oddawania moczu, lub też nawet przejściowego zatrzymania moczu, pomimo że przy badaniu pęcherza nie nieprawidłowego nie znajdujemy.

W ten sposób, badając chorych podejrzanych o gruźlicę nerek, przekonamy się w ogromnej większości przypadków, że umiejscowienie istnieje. Osobiście się przekonałem, że we wszystkich przypadkach, w których choroba nie była jeszcze zbyt rozwiniętą, gruźlica nerek zjawiała się znacznie wcześniej, aniżeli gruźlica pęcherza.

Ostatecznie z moich poszukiwań wyniosłem przekonanie, że ani fakty anatomo-patologiczne, ani też obserwacje kliniczne nie upoważniają mnie do twierdzenia, że przewlekła gruźlica nerek ma zawsze swój początek w dolnym odcinku dróg móżgowych.

Przejdźmy teraz do innej kwestyi, a mianowicie do rozpoznania gruźlicy nerek. Prof. GUYON, a za nim i TUFFIER twierdzą, że rozpoznanie początkującej gruźlicy nerek jest niemożliwe i że się je robi zwykle dopiero wtedy, kiedy roponercze jest wyraźnie wyczuwalne.

W kwestyi tej również mam zupełnie odmienne zdanie od wyżej przytoczonych autorów. Opierając się na licznym przestudyowanym przezemnie materiale klinicznym, przyszedłem do przekonania, że, pozbywszy się uprzedzenia o pęcherzowem pochodzeniu gruźlicy nerek, można w znacznej większości przypadków rozpoznać tę chorobę w samym początku jej rozwoju. Należy jednak wiedzieć, że daleko łatwiejszem jest rozpoznanie początkującej gruźlicy nerek, dającej o sobie znać za pomocą krwimoczcu, aniżeli gruźlicy nerek, rozwijającej się bez niego. Chory zwykle wcześniej się zwraca do chirurga po poradę, jeżeli uwagę jego uderzył silny krwimocz. Co się zaś tyczy gruźlicy nerek bez krwimoczcu, to na szczęście znaczna liczba chorych posiada wyżej przytoczone odruchy pęcherzowe, które również zniewalają do zwrócenia się do lekarza w okresie, w którym choroba nie przybrała jeszcze groźnych rozmiarów.

Zadaniem więc chirurga jest ściśle zbadanie i odróżnienie tych odruchów od objawów prawdziwego zapalenia pęcherza. Skonstatowanie w moczu ropy przy zupełnie zdrowym pęcherzu, ulegającym tylko podrażnieniom nerwowym, powinno zwrócić uwagę lekarza na możliwość gruźlicy nerek. Jednym z objawów, który bardzo często występuje tak przy tej, jako też i przy krwimoczowej gruźlicy, są gwałtowne kolki nerkowe, które łatwo przypisać zwykłej kamicy. We wszystkich tych przypadkach, które należy wszechstronnie, co do stanu ogólnego, zbadać, ostateczną odpowiedź da nam badanie bakteriologiczne moczu.

O ile przy przewlekłych formach gruźlicy nerek poszukiwanie laseczników Koch'a jest trudne i w ogromnej większości przypadków dające rezultat ujemny, o tyle w przypadkach gruźlicy początkującej poszukiwania te dają rezultat dodatni. Rzecz naturalna, że nie należy się ograniczać jedynie drobnowidzową analizą moczu, lecz w razach wątpliwych należy się uciekać do szczepień na świnkach morskich.

Przy gruźlicy nerek, której pierwszym objawem jest krwimocz, znaczną trudność przedstawia jego rozpoznanie różniczkowe. Mamy cały szereg chorób nerek, które się objawiają za pomocą krwimoczcu; nie łatwą więc jest rzeczą określić, z którym z tych zaburzeń ma się do czynienia. W kwestyi tej zrobiłem pewne spostrzeżenia, które ogromnie ułatwiają orientowanie się w sytuacji: chodzi tu mianowicie o umiejętne badanie histologiczne moczu.

We wszystkich przypadkach, najmniej nawet rozwiniętej gruźlicy nerek, znajdowałem zawsze, oprócz krwi, znaczną, chociaż bez drobnowidza niewidzialną, ilość ciałek ropnych. Stała obecność tych ciałek pozwala na usunięcie z rozpoznania różniczkowego następujących chorób: nowotworów, hemofilii, oraz zwykłego przekrwienia. Pozostają więc: krwawiące zapalenie nerek, kamica, powikłana ropieniem, oraz gruźlica. Przy krwawiącym zapaleniu nerek znajdujemy zwykle bardzo niewielką ilość ciałek ropnych, a oprócz tego ogromną ilość cylindrów oraz zwyrodniałego nabłonka, rozpoznanie więc trudnem nie jest. W ten sposób, opierając się na badaniu histologicznem, dochodzimy zwykle do potrzeby rozpoznania różniczkowego tylko między kami-

cę nerek, powikłaną ropieniem, oraz gruźlicą. Nie przeczę, że i tak uproszczone rozpoznanie jest nieraz bardzo trudnem, sądzą jednak, że lekarz, obeznany z ogólnymi metodami badania, z łatwością dojdzie do ostatecznego określenia choroby.

Wskazałem wyżej, jakie są poglądy na teorię gruźlicy nerek u chirurgów, którzy wraz z prof. GUYON'em uważają, że gruźlicę nerek zawsze poprzedza gruźlica pęcherza. Powstrzymywanie się od wszelkiej energicznej interwencji, jest zupełnie logicznym następstwem podobnego poglądu na patogenezę tej choroby. Niesłuszności podobnego poglądu na leczenie gruźlicy nerek dowiodła prosta empirya. CZERNY, BARDENHEUER, ISRAEL, a po nich inni, nie wdając się zupełnie w dyskusję, co do patogenezy gruźlicy nerek, dokonali całego szeregu nefrektomii i dowiedli, że w ten sposób można uratować chorego.

Obecnie posiadamy już kilkadziesiąt podobnych przypadków, a liczba ich z każdym dniem wzrasta. Nawet we Francji powstaje pewna reakcja przeciwko dawnemu stanowisku i tacy autorowie, jak np. TUFFIER, którzy trzymają się w teorii dawnych poglądów na patogenezę gruźlicy nerek, w praktyce uciekają się do nefrektomii.

Jakie właściwie powinno być stanowisko chirurga wobec gruźlicy nerek? Należy nam ocenić właściwie trzy metody: I o powstrzymanie się od wszelkiej interwencji, II o nefrotomię i III o nefrektomię.

Powstrzymanie się od chirurgicznej interwencji może być czasowe, lub też ostateczne. To ostatnie ma miejsce wtedy, kiedy gruźlica nie tylko dróg moczowych, lecz i innych narządów, rozwinęła się już w takim stopniu, że nie ma najmniejszej nadziei uratowania chorego. Czasowe powstrzymanie się od interwencji chirurgicznej może być usprawiedliwione wtedy, gdy chirurg rozpoznał gruźlicę nerek w samym jej początku i kiedy może jeszcze mieć nadzieję, że ogólne leczenie będzie w stanie zwyciężyć zjawiającą się chorobę. Stanowisko takie nie da się usprawiedliwić w obecnej chwili odpowiednimi dowodami klinicznymi, lecz może tylko dlatego, że dotychczas gruźlicy nerek nie dość wcześnie rozpoznawano. Dotychczas nie posiadamy odpowiednich dowodów ani anatomo-patologicznych, ani klinicznych samodzielnego uleczenia się gruźlicy nerek, lecz opierając się na naszych ogólnych wiadomościach o nadzwyczaj częstej uleczalności gruźlicy innych narządów, mamy zupełne prawo przypuścić, że coś podobnego może zachodzić i w nerkach. Jak najmocniej przeto zalecać należy stanowisko wyczekujące w przypadkach gruźlicy początkującej. Być może, że przy podobnem postępowaniu dojdziemy do posiadania dobrze zbadanych faktów klinicznych, które nam wykażą, że gruźlicę nerek można wyleczyć bez usuwania nerki, które, bądź co bądź, przedstawia pewne niebezpieczeństwo. Rozumie się, że, wrazie stopniowego pogorszenia się stanu chorego, należy bez zwłoki przystąpić do interwencji chirurgicznej, która może być albo nefrotomią, albo też nefrektomią.

Z wyżej przytoczonych słów prof. GUYON'a widzimy dość wyraźnie, że nie uważa nefrotomii za środek leczniczy, lecz jedynie za rękoczyn konieczny do ulżenia choremu, oraz do utrzymania go przez pewien czas przy życiu.

Swoją drogą, jeżeli czytelnik, nie obeznany osobiście z daną kwestyą, rzuci okiem na cyfry, przytoczone przez VIGNERON'a ¹⁾, oraz na statystykę TUFFIER'a, to z pewnością wyrobi sobie zupełnie fałszywe pojęcie o leczniczej wartości nefrotomii.

TUFFIER w swoim komunikacie na kongresie międzynarodowym w Moskwie cytuje 15 operowanych przez siebie przypadków gruźlicy nerek.

Nefrotomia	7	przypadków	5	wyleczonych	2	zejścia	śmiertelne.
Nefrektomia	5	"	5	"	0	"	"
Nefrektomia wtórna	2	"	2	"	0	"	"
Nefrektomia częściowa	1	"	1	"	0	"	"

Nie możemy rozwodzić się nad tą statystyką, nie mając przytoczonych historii chorób. Przedewszystkiem należy się zapytać, o ile miano do czynienia z prawdziwą gruźlicą nerek, a następnie, co właściwie się stało z chorymi, którzy rzeczywiście ją mieli. Do jak mylnych wniosków w tym względzie można dojść, widzimy najwyraźniej z pracy VIGNERON'a. O rezultatach, otrzymanych za pomocą nefrotomii, mówi on, co następuje: „na 55 przypadków nefrotomii 21 przypadków skończyło się śmiercią, 34 wyzdrowieniem, czy też raczej znacznem polepszeniem“. Jeżeli jednak rozpatrzymy bliżej statystykę, to się okaże, że do liczby 55 nefrotomii zaliczył on 20 przypadków, w których po pewnym czasie wykonano nefrektomię. Pozostaje więc zaledwie 35 przypadków samej nefrotomii. W liczbie tych przypadków znajdujemy 9, co do których nie było żadnej pewności, że miano do czynienia z prawdziwą gruźlicą. Możemy więc brać pod uwagę tylko 26 przypadków, co do których sam VIGNERON cytuje 20 zejść śmiertelnych. Z pozostałych 6 chorych, w 4 przypadkach mocz w dalszym ciągu zawierał ropę lub nawet druga nerka się powiększała, w jednym [Ris] po trzech miesiącach mocz był zupełnie czystym [!!], w innym zaś przypadku przetoka, pozostała po operacji, wykonanej przed rokiem, wydziela bardzo niewiele ropy, mocz zaś był zaledwie cokolwiek mętny.

Przypuśćmy więc, że w dwóch tych ostatnich przypadkach chorzy wyzdrowieli: rezultat otrzymany jest prawie żaden.

Moje osobiste poszukiwania, robione na klinice prof. GUYON'a, doprowadziły do zupełnie analogicznych rezultatów. Ani w jednym przypadku, w którym gruźlica nerek była niewątpliwą, nefrotomia nie dała prawdziwie dodatniego rezultatu i wszyscy chorzy, w ten sposób operowani, wcześniej lub później zmarli.

Zupełnie inne wrażenie sprawia przestudyowanie przypadków, w których chorzy, dotknięci gruźlicą nerek, podlegli nefrektomii. Jeżeli weźmiemy pod uwagę tylko statystykę, przytoczoną przez VIGNERON'a, to znajdziemy, że na 65 nefrektomii otrzymano 39 wyleczeń i 25 zejść śmiertelnych, a na 20 nefrektomii, poprzedzonych nefrotomią, 13 wyleczeń i 7 zejść śmiertelnych, co

¹⁾ VIGNERON. De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein. Thèse de Paris. 1892.

w sumie czyni 60% uleceń. W liczbie ich znajdujemy przypadki operowane przed 8-u laty.

Zupełnie uzasadniona jest nadzieja, że liczba dodatnich rezultatów z czasem znacznie się powiększy: wpływają na to coraz lepsze metody oraz wcześniejsze rozpoznanie choroby.

Należy bowiem zwrócić uwagę na ten fakt, że właściwie we wszystkich prawie przypadkach interwencja chirurgiczna miała miejsce bardzo późno, t. j. kiedy się już wytworzyło prawdziwe roponercze. Jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że dłuższe istnienie w ustroju podobnego ogniska gruźliczego musi wcześniej, czy później doprowadzić do wtórnych zakażeń.

Z wszystkiego wyżej powiedzianego wynika, że jedyną racjonalną metodą leczenia gruźlicy nerek, której rozwoju zwykle ogólne leczenie powstrzymać nie może, jest nefrektomia. Nefrotomia ma rację bytu tylko w przypadkach, w których niema już żadnej nadziei uratowania chorego, lub też jako wstęp do nefrektomii u osób osłabionych.

Skonstatowanie faktu, że gruźlica już zaczęła się posuwać ku pęcherzowi, albo też nawet, że pęcherz został już zajęty, nie powinno powstrzymać chirurga od radykalnej interwencji na chorej nerce. Jeżeli stan innych narządów jest dobry, jeżeli niema danych, że druga nerka jest zajęta, chirurg ma nie tylko prawo, lecz obowiązek przystąpić do operacji.

Pozostawienie chorego w tych warunkach bez interwencji jest to skazanie go na pewną śmierć, gdyż nie mamy dotychczas żadnych dowodów, że przy silnie rozwiniętej gruźlicy nerek może nastąpić samodzielne wyzdrowienie. Przeciwnie posiadamy liczne przykłady zupełnego wyzdrowienia w przypadkach nawet bardzo posuniętej gruźlicy pęcherza.

Rzecz naturalna, że wobec niemożności w podobnych przypadkach posiadania zupełnie ścisłych wiadomości co do drugiej nerki, nie można wprost przystąpić do nefrektomii, lecz należy ją poprzedzić nefrotomią, która nam pozwoli na zbadanie istotnego stanu drugiej nerki.

Z ODDZIAŁU D-RA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU DZ. JEZUS.

III. O LEUKEMII

I SPRAWACH POKREWNYCH.

Przez

Józefa Piotrowskiego.

— † = † —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 48].

Powyżej wypowiedziany pogląd VIRCHOW'a na budowę guzów pseudoleukemicznych potwierdza się i klinicznie, albowiem czasami przechodzą one, *resp.* kombinują się z gruźlicą, albo z leukemią. Z tego powodu niektórzy chcą

etyologicznie utożsamiać nawet *lymphoma malignum* z jedną z tych spraw, uważając go tylko za objaw przejściowy czy to jednej, czy drugiej, na którym jednak choroba może się zatrzymać, kończąc się śmiercią, lub wyzdrowieniem.

Co się tyczy gruźlicy, to sądzimy, że nie mamy prawa zbyt pohopnie łączyć do niej—jednej z najciemniejszych kart patologii, a to z tego względu, że sprawa ta jest już dobrze znana i że swoistość jej jest stwierdzona, tembardziej zresztą, skoro w najnowszym czasie odłączono od niej nawet skrofulozę. Na spostrzeżenia pseudoleukemii gruźliczej należałoby się zapatrywać, jako na powikłania, albo też pomyłki rozpoznawcze, o które nie trudno przy tak nieokreślonym obrazie chorobowym i które też w literaturze licznie popełniono, zaliczając do jednej kategorii bezwarunkowo różne sprawy. Za ilustrację posłużyć może następujący przypadek połączenia pseudoleukemii z gruźlicą, albo raczej gruźlicy, przebiegającej w formie pseudoleukemii.

Panna M. S, pochodzi z rodziny zdrowej. W połowie jej pierwszego roku życia rodzice przejechali z nią z jednej wsi do innej, nisko położonej i wkrótce potem spostrzegli obrzmienie gruczołów szyjowych prawych. Ząbkowanie, mowa, chodzenie zjawiały się prawidłowo. W 5-m roku życia wycięto jej gruczoły podżuchwowe; wtedy już gruczoły prawe pachwinowe i pachowe były obrzmiałe. Czy i śledziona i wątroba były też już powiększone, rodzice nie pamiętają, aczkolwiek później słyszeli o tem niejednokrotnie od lekarzy. Wkrótce po owej operacji nastąpił obfity krwotok nosowy [belotowanie] i również wkrótce potem owrzodzenie skóry pod prawem okiem, trwające parę miesięcy. Następnym lat stopniowo obrzmiewały wszystkie inne gruczoły. W roku zeszłym zaczęła miesiączkować; miesiączkowanie, zrazu prawidłowe, teraz ograniczają się do nieznacznych plam. Od paru lat krwawienia z dziąseł. W zeszłym roku też spostrzeżono fizykalne objawy ze strony płuc. Od roku nieregularna gorączka, dochodząca czasami do 39°.

Status praesens. Dnia 26. V. 1897 r. Chora 14 lat wieku, dobrej budowy i odżywiania, cera także dość dobra. Język czysty. Migdały nie powiększone. Dziąsła rozpulchnione. Pakiety zlewających się gruczołów pod szczękami, wzdłuż mięśnia sutkowo-obojęzykowego i nad obojęzykiem. Gruczoły pachowe, pachwinowe, *gl. iliacae intern.* silnie obrzmiałe i zlewają się z sobą, szczególnie z prawej strony. Klatka piersiowa normalnej budowy. Nad górną częścią lewego płuca z tyłu stłumienie, oddech oskrzelowy.

Płwocina nie wykazała prątków gruźliczych. Tępość śledziony od VII żebra idzie ku linii sutkowej i zlewa się z tępością wątroby. Śledzionę i wątrobę wyczuwa się na kilka palców z pod łuków żebrowych.

Badanie krwi. Po nakłuciu palca krew wypływa bardzo długo i obficie, nie krzepnie, aż po znacznym przeciągu czasu i to powoli; na świeżym preparacie czerwone krążki normalnej postaci i wielkości układają się, jak zwykle, w rulony. Hemoglobiny 86% [FLEISCHL]. Czerwonych krążków 6,37 milionów białych ciałek 11 tysięcy w mm. sz.. Stosunek zatem między niemi wynosi 1:580. Na barwionych preparatach na 200 obejrzanych leukocytów stanowią: jednojądrowe [większe i mniejsze] 22%, przejściowe 8,5%, wielojądrowe [neutrofilne]

59%, w tem niezwykle dużych 11%. Eozynowe przeszło w trójnasób pomnożone, gdyż wynoszą resztę 10,5% ogólnej liczby białych ciałek.

Chora źle znosiła arszenik. Niedawno [przed kilku miesiącami] dowiedzieliśmy się, że znaleziono w jej płwocinie laseczniki Koch'a.

Przypadek ten głównie o tyle nie pasował do pseudoleukemii, że nie było tu charakterystycznej anemii, pomimo dość długiego trwania choroby. Objaw wierzchołkowy mógł być spowodowany przez ucisk guzów gruczołowych. W każdym razie ani dane anamnestyczne, ani obiektywne nie upoważniały do rozpoznawania gruźlicy, lecz raczej pseudoleukemii, lub też skrofulozy.

Wiadome są przypadki gruźliczego guza śledziony w połączeniu z ogólną gruźliczą hyperplazją gruczołów limfatycznych, która-to hyperplazja nie tylko za życia, lecz nawet przy sekcji uchodziła za pseudoleukemię¹⁾.

Zdaje mi się, że można tu kwestyę dwojako postawić: albo gruźlica może pierwotnie przebiegać pod maską innych spraw [pseudoleukemii, skrofulozy, blednicy, pneumonii i t. d.], albo też rozwija się dopiero wtórnie na gruncie tamtych spraw.

Inaczej znów, jakieśmy widzieli, przedstawia się stosunek między *lymphoma malignum* [pseudoleukemia] a *lymphoma leukaemicum* [leukemia]. Co właściwie powoduje różnice między temi dwiema postaciami, niewiadomo; zapewne tkwi ona w etyologii. Nadto wogóle jest prawdopodobnem, że sprawy pseudoleukemiczne dadzą się w przyszłości rozbić etyologicznie na kilka grup, których wspólną cechą byłoby nowotworzenie się tkanki w gruczołach chłonnych. Dzisiejszy podział na podstawie anatomo-patologicznej okazuje się niedostatecznym [BIRCH-HIRSCHFELD].

Sprawy pseudoleukemiczne, tak niedogodne dla teorii VIRCHOW'a, mogą służyć jakby pośredniem ogniwem; są bowiem z jednej strony bardzo zbliżone do spraw leukemicznych, z drugiej zaś — podobne do prawdziwego mięsaka limfatycznego z jego przerzutami. Wszystkie te sprawy dałoby się może ująć w jaką naturalną grupę.

Zestawiając fakt, że rokowanie w pseudoleukemii jest w ogóle trochę lepsze, niż w leukemii, z możliwością przejścia pseudoleukemii w leukemię, nasuwa się tłumaczenie, że przynajmniej część przypadków pseudoleukemii przedstawia okres wstępny [aleukemiczny] właściwej bielicy i że różnica polega na tem, iż tam jest czynny w ustroju jakiś mechanizm regulacyjny, który tu jest niedostateczny, lub zupełnie już nieczynny [TROJE].

W takich przypadkach, a może i w ogóle z powodu niepewności pojęć, najwłaściwsiymi terminami będą zapoczątkowane przez Francuzów (*adenie leukémique* i *aleukémique*), lub np. *lymphomatosis leukaemici* i *anaemica* (*aleukaemica*).

Ze wszystkiego, co wiemy o pseudoleukemii, łatwo wywnioskować, że tylko *per exclusionem* możemy ją rozpoznawać. Główny szkopuł polega na wyłączeniu jakiejś choroby zakaźnej, lub nowotworu w zwykłym tych słów znaczeniu. Nieregularna gorączka pseudoleukemiczna bardziej utrudnia, niż ułatwia rozpoznanie, tembardziej, iż przybiera najrozmaitsze natężenia i typy. Czasami

1) TROJE. Essl. klin. Woch. 1892. Nr. 12.

naśladuje *intermittens* lub *recurrens*. Czy takie przypadki z gorączką okresową należy oddzielić od innych, nie wiemy; ale tymczasem nie widzimy po temu dostatecznego powodu, zważywszy, że:

1) gorączka okresowa w pseudoleukemii nie jest zupełnie typową, jak w prawdziwej *recurrens*,

2) zdarzają się formy gorączki niewyraźne, jak gdyby przejściowe, które można i tak i owak pojmować,

3) często stosunkowo zdarzają się przypadki, w których okresy gorączkowe mieniają się z bezgorączkowymi,

4) wreszcie gorączka okresowa może się przyłączyć do prawdziwych mięsaków lub gruczlicy.

W naszej literaturze opisano dwa przypadki pseudoleukemii z gorączką okresową. [HEWELKE i KLEJN ¹⁾]. Do nich dołączamy jeszcze jeden podobny, który zdarzył się mniej więcej w tym samym czasie [spozrzeżenie D-ra CHEŁCHOWSKIEGO ²⁾].

Z drugiej strony widzieliśmy, że te same gruczoły, co w pseudoleukemii i leukemii, bywają zajęte przez sprawę chorobową, w której badania anatomiczne wykazują niewątpliwe zmiany sarkomatyczne, mniej lub więcej rozszerzone, lub uogólnione. W jednych przypadkach źródło pierwotne nowotworu może być znalezione, w innych natomiast odkryć pierwotnego ogniska niepodobna, gdyż sprawa, jak gdyby od razu odgrywa się w różnych prowincjach układu limfatycznego. Taką sprawę nazwano limfosarkomatozą. [COHNHEIM]. Czy taki mięsak powstaje najprzód w jednym z narządów układu krwiotwórczego, tworząc następnie przerzuty, czy też od razu jest bardziej uogólniony, zawsze obraz i przebieg chorobowy pozostaje w zasadzie jednaki. Odróżnienie tych rozsianych nowotworów od powyżej rozstrząsanych spraw może być nieraz niezmiernie trudnem, skoro nawet przy badaniu krwi odróżnienie leukemii od innych form leukocytozy jest w stanie nastrożyć trudności. Ani szczegółowe badanie chorego, ani ścisła obserwacja przebiegu, ani dokładne zbadanie zmiennego nieraz składu krwi, ani czasem nawet badanie pośmiertne nie zawsze są w stanie usunąć wszelkie wątpliwości. Sam rodzaj leukocytozy może być, jak wiemy, przy mięsakach bardzo podobny do leukemii, tak, iż tylko natężeniem, t. j. liczbą białych ciałek w 1 mm. sz. można je odróżnić od siebie, a i to niezawsze, nie bezwzględnie.

Szczególne podobieństwo wykazuje mięsak okrągłokomórkowy z jednej strony do limfemii, z drugiej znów do pseudoleukemii. Możemy twierdzić, że „*leukaemia*“ oraz „*lymphoemia*“ pod niejednym względem bardziej się od siebie różnią, niż ta ostatnia i „*pseudoleukaemia lymphatica*“. Ztąd również wypływa pokrewieństwo między tymi stanami a limfosarkomatozą.

¹⁾ Z tych przypadków KLEJNA nasuwa wątpliwości: przy marskości wątroby pojawiła się nietypowa gorączka powrotna z obrzaniem [podpadającym szklistemu zwyrodnieniu] gruczołów.

²⁾ Ob. na końcu niniejszej pracy.

Przytoczymy tu parę wymownych przykładów w związku z niżej opisanym niezwykłym przypadkiem leukemii, na który mieliśmy sposobność się już powoływać.

Dnia 15. III. r. z. przybył na salę 32-ą szpitala Dz. Jezus. Jan T., w wieku lat 88, rodem z Zochów [na Podlasiu], oddawna w Warszawie zamieszkały. Od ½ roku z górą czuje się chorym wskutek braku sił, obrzęku dolnych kończyn i moszny, wreszcie częstego oddawania moczu. W łóżku stale nie leży. Od 4-ch lat miewa częste swędzenie po całym ciele, na które leczył się trzy razy bezskutecznie w szpitalu Ś-go Łazarza, w którym rozpoznawano *pruritus senilis*.

W 18-ym roku życia przebył szankra miękkiego, blisko zaś 50 lat temu cierpiał przez 3 miesiące na febrę. Po za tem nigdy nie chorował.

Rodzice odumarli go w młodości: ojciec koło 7-go, matka koło 20-go roku życia. Żonaty od 28-go roku życia, miał liczne potomstwo: pięcioro pierwszych dzieci mu zmarło, dochowało się troje; z tych córka [najmłodsza] od kilku lat zapadła na jakąś chorobę umysłową; z niej ma już prawnuki. Po śmierci swej matki służył kilkanaście lat w gospodarstwie wiejskiem [gajowy i ekonom] pod Kałuszynem. Ztamąd przeniósł się do Warszawy na stałe, najmując się do wszelakiej roboty. Od dwóch lat jest żebrakiem; głodem nigdy nie przymierał, ziął za to nieraz. Chociaż nie zaniedbywał, o ile mógł, pokrzepić się kieliszkiem wódki, lecz nie upijał się nigdy.

Status praesens. Budowa dobra, odżywianie niezłe, cera bladawa. Twarz jakby nalana, skóra trochę wiotka, obrzęk wyraźny — przeważnie na dolnych kończynach i mosznie. Ucisk na powierzchnię stopy i goleni z obu stron bolesny. Na głowie, twarzy i częściach płciowych dość obfite siwe włosy, po za tem na powierzchni ciała uwłosienia nie widać.

Stan bezgorączkowy. Tętno 60, pełne i trochę wolne (*tardus*); oddech 20. Przytomność zupełna; wzrok, słuch i dotyk w granicach normy. Zębów jeszcze sporo, brak dolnych siekaczy. Język przez cały czas dość czysty. Gruczoły chłonne szyi, mianowicie nadobojczykowe, znacznie powiększone, szczególnie prawostronne, dosyć twarde i niebolesne. Migdały ogromne, prawy większy od lewego, dochodzi wielkości włoskiego orzecha, dotyka powiększonego jęczyczka i sprawia przez ucisk skośny kierunek tegoż w lewo. Również w znacznym stopniu powiększone gruczoły chłonne podżuchwowe i poniżej więzadła POUPART'a, mniej już — pachwinowe, pachowe zaś niewiele; wszystkie twardej konsystencji.

Klatka piersiowa trochę rozedmowa, lecz opukowe granice płuc nieobniżone wyraźnie. W dolnych częściach płuc trochę wilgotnych rzeżeń. Tony serca czyste. Brzuch niepowiększony ¹⁾, mimo olbrzymio zwiększonej śledziony; prawy brzég jej styka się mniej więcej z linią sutkową lewą, dolny wyczuwa się na szerokość palca poniżej poziomu pępka; powierzchnia jej gładka, twarda, na ucisk niebolesna.

¹⁾ Na 5 ctm. nad pępkiem troszkę w prawo łatwo reponująca się *hernia lin. albae*, wielkości miedzianej dziesiątki. Zawartość woreczka stanowił koniec *omenta*.

Wątroba nie wyczuwa się wyraźnie.

Badanie krwi, na zasadzie którego rozpoznano leukemię: po ułknięciu krew wypływa z palca stosunkowo obficie, barwy ciemnej, żywej; jest bardziej lepka, a mniej krzepliwa, niż normalna; w rulony układa się dobrze; w rozcieńczeniu i na szkiełkach przedstawia się mętnawo. W świeżej kropli pod drobnowidzem widać mnóstwo leukocytów. Na niektórych polach widzenia czerwone ciała na oko zaledwie parokrotnie przewyższają swą liczbą białe. Morfologicznie czerwone krążki, za wyjątkiem pewnej bladeści, przedstawiają się zwyczajnie i jednakowo.

Stosunki ilościowe przedstawiają się, jak następuje [19. III]:

Erytrocytów	4,700,000	w sz. milim.
Leukocytów	60,000	" "
Siła barwnika	77%	[podług GOWERS'a].
Stosunek L i E ¹⁾	1:78.	

Między białymi ciałkami stosunek procentowy był następujący: ciałek wielojądrowych [właściwych leukocytów] było 12%, ciałek jednojądrowych, większych i mniejszych do 48%, myelocytów około 40%. Ciałek eozynowych wypadło z 1 na *circa* 500 białych.

Na barwionych preparatach krwi uderza przedewszystkiem, oprócz ilości wogóle, olbrzymia przewaga liczebna komórek jednojądrowych nad wielojądrowymi, a następnie jeszcze pomiędzy pierwszemi przewaga elementów jednojądrowych patologicznych nad zwykłymi limfocytami. Porównyując liczby i stosunki różnych ciałek względem siebie [patrz tabelkę], można było zarówno pierwszego dnia badania, jak i niejednokrotnie później otrzymać wrażenie, że u naszego chorego zwykle bezbarwne składniki krwi—wcale, lub też nieznacznie przewyższają granice normy, cały natomiast balast nadprodukcji przypadła w udziale wspomnianym formom patologicznym: myelocytom, dużym limfocytom, oraz licznym formom przejściowym.

[Patrz tabelkę na str. 1304].

Jednakże podobny obraz bynajmniej nie przez cały przebieg choroby był widocznym. Szczególniej np. zmiany krwi, stwierdzone w maju i sierpniu, okazują znaczne wahania w absolutnej liczbie i wielojądrowych komórek.

Liczba erytrocytów w dalszym przebiegu choroby wogóle spadała, z wyjątkiem września, trzymając się jednak blisko 4,0 milionów; tak samo Hmglb blisko 77%; liczba zaś białych ciałek wykazywała dziwne i znaczne wahania. Wogóle można dostrzedz, że hyperleukocytoza trzy razy utrzymywała się na pewnej wysokości i trzykrotnie z niej spadała. Graficznie możnaby to sobie następującą linią uzmysłować:

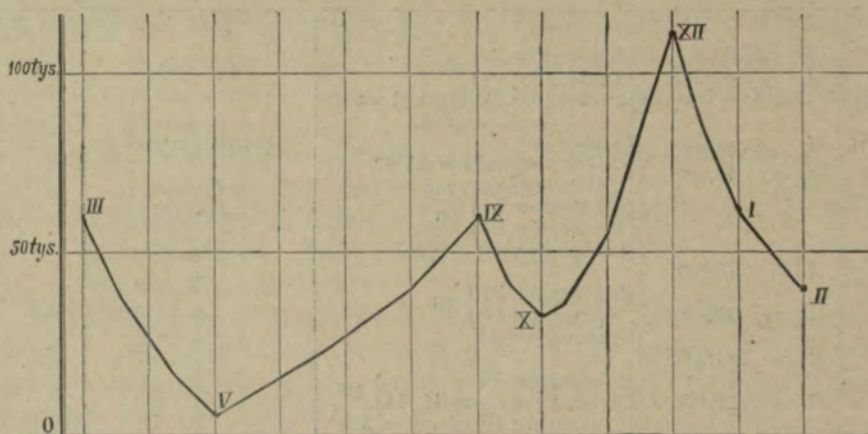
[Patrz str. 1305].

Natomiast skład procentowy wielojądrowych komórek za wyjątkiem sierpnia i stycznia wahał się widocznie około 10%. Liczba ciałek eozynowych nigdy nie była niewątpliwie wzmożoną, ani względnie, ani bezwzględnie, nieraz na-

¹⁾ L — białe ciała krwi [leukocyty]
E — czerwone krążki krwi [erytrocyty].

Data	B a d a n i e k r w i		Leczenie.	U w a g i
	Ilościowe.	Jakościowe w %		
19. III.	E = 4,700,000 L = 60,000	{ Limfocytów 48 } { Myelocytów 40 } 88	<i>Coffeini.</i>	
21. III.	Hmglb = 77%	{ Leukocytów 12; eoz. c. 1:ca 500 } L:E = 1:78.	"	
2. IV.	E = 4,600,000 L = 40,000	{ Leukocytów 7 } { Ciałek jednojądrowych 92 } { Ciałek eozynowych 1 }	<i>Solutio Fowleri.</i>	
7. IV.	—	{ Limfocytów 72 } { Myelocytów 18 } 90	"	
15. IV.	L = 16,500	{ Leukocytów 10 }	"	
16. IV.	L = 18,500	{ Limfocytów 72 } { Myelocytów 17 } 89	"	
2. V.	L = 11,800	{ Leukocytów 11 }	"	
17. V.	L = 8,100	{ Limfocytów 73 } { Myelocytów 1 przejsć. 14 } 87 { Leukocytów 10; eoz. c. = 3 }	"	
10. VI.	L = 12,600	{ Limfocytów 75 } { Myelocytów 10 } 85 { Leukocytów 14 }	"	
18. VI.	E = 3,900,000	{ Leukocytów eozynowych 1 }	<i>Ac. arsen. subcut.</i>	
27. VI.	L = 19,000	Ciałek jednojądrowych > 80	<i>Ac. ars. + diuretica.</i>	
10. VII.	L = 20,000	—		
24. VIII.	L = 27,600	{ Limfocytów 60 } { Myelocytów 5 } 65 { Leukocytów 33 }	<i>Diuretica.</i>	
1. IX.	L = 27,600	{ Eozynow. 2 } { Limfocytów 72 } { Myelocytów 7 } 79 { Leukocytów 21 }	<i>Coffeini.</i>	
15. IX.	E = 4,320,000 L = 37,000 Hmglb. 77%	{ Eozynow. ca 1:300 }	<i>Ac. arsenic</i>	
25. IX.	L = 60,000	L: E = 1:117		
28. IX.	L = 45,000	{ Jednojądrowych 82, 2 1/2 eoz. 1 1/2 } { Leukocytów 16 }	<i>Thyreoid.</i>	
15. X.	L = 35,200	—	"	
26. X.	L = 36,600	{ Limfocytów 70 } { Myelocytów 17 } 87 { Leukocytów 13 }	"	
20. XII.	L = 110,000	—	<i>Coffeini.</i>	
3. I. 1898	E = 3,950,000 L = 65,000	{ Limfocytów 83 } { Myelocytów < 10 } < 93 { Leukocytów eozynowych < 1/2 }	<i>Fosfor.</i>	
10. I.	L = 65,100	{ Leukocytów 7 } { Limfocytów 75 } 82 { Myelocytów 7 }	"	
1. II.	L = 41,000	{ Leukocytów 18 } { Limfocytów 59 } 82; leukoc. 18 { Myelocytów 3 }	<i>Na. salic. + Coffeini.</i>	<i>Pleuritis exsud. sin.</i> Wielopost. białych ciałek wzmagają się. <i>Tonsillitis gangr.</i>
2. II.	L = 21,200	{ Leukocytów eozynowych 1:500 } { Limfocytów 60 } { Myelocytów 13 } 80; leuk. 20 { Przejściow. 6 1/2 }	"	
		Prawie same limfocyty.		<i>Post mortem.</i>

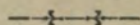
wet, przy oglądaniu preparatu krwi, ani jednego nie widziałem, zato zdarzały się leukocyty z gruboziarnistą protoplazmą. Stosunek procentowy myelocytów do limfocytów ulegał znacznym wahaniom.



Mocz o ciężarze właściwym 1016, słabo-kwaśny, bez śladu białka [z wyjątkiem jednego tylko razu]. Wogóle przez cały ciąg pobytu szpitalnego mocz był nieobfity, w ilości około litra na dobę, barwy jasno-żółtej. Objaw bardzo częstego oddawania moczu utrzymywał się stale, jakby niezależnie od innych zmian chorobowych.

Ilość osadu z moczu minimalna i nic nie znacząca. Z trudnością dawało się zebrać odrobinę tegoż, czy to samoistnie [przez krystalizację], czy też za pomocą centryfugi. Kryształów kwasu moczowego nie widziałem. Po dodaniu zaś kwasu solnego utworzyły się kryształy kwasu moczowego w ilości w każdym razie nie większej, niż w moczu prawidłowym. [C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



181. Rudolf Fischl. Źródła i drogi zakażeń septycznych u noworodków i ssawców.

Pod nazwą zakażenia septycznego rozumieć należy stan chorobowy ustroju, uwarunkowany przedostaniem się do krwi bakterii lub toksyn, pochodzących z pierwotnego ogniska zapalnego, nie swoistego, które to ognisko znajdować się może albo na powierzchni ciała, albo też w narządach wewnętrznych.

Do kategorii drobnoustrojów, wywołujących te miejscowe zapalenia nie swoiste i następcze objawy septyczne, należą: ropotwórcze paciorkowce i gronkowce, *diplococcus pneumoniae*, *bacterium coli*, *bacillus pyocyaneus*.

Co się tyczy postaci, w jakich występuje zakażenie, to autor trzyma się podziału KOCHER'a i TAVEL'a. Według tego podziału, mamy do czynienia

z *toxinaemia*, jeżeli do krwi dostają się same tylko toksyny, i *bacteriaemia*, jeżeli do krwi przenikają drobnoustroje. Stosownie do rodzaju tych ostatnich odróżnić można: *staphyloaemia*, *streptaemia*, *colibacilaemia* i t. d.. Jeżeli ten sam lasecznik jest przyczyną miejscowej i ogólnej choroby, mamy do czynienia z zakażeniem jedno-drobnoustrojowym, w przypadku przeciwnym — wielo-drobnoustrojowym (*sepsis mono- i poly-microbielle*). Jeżeli zakażenie pochodzi z zewnątrz, mamy do czynienia z hetero-infekcją; jeżeli z ustroju samego — z auto-infekcją.

Czynnikami zakażenia są: z jednej strony czynnik zakaźny (*infectans*), a więc drobnoustroje, ich ilość i jadowitość i ustrój zakażony (*infectum*), w którym drobnoustroje, stosownie do miejsca usadowienia się, stosownie do odczynu miejscowego i ogólnego, mogą powodować rozmaite objawy. Noworodek jest bardzo skłonny do zakażenia septycznego, czego dowodem jest, że wiele noworodków podlega temu zakażeniu, choć gorączki pologowe są nader rzadkie w zakładach położniczych. Pochodzi to ztąd, że z jednej strony ustrój dorosłego umie się bronić przeciwko wielu drobnoustrojom, z drugiej, że drobnoustroje mniej jadowite, które nie działają na dorosłych, lub wywołują tylko miejscowe zaburzenia, powodują u dzieci ogólne objawy. Tak krew dzieci ma bardzo słabe działanie fagocytozy, jest bardzo słabo zasadową; przy iapaleniach występuje nadzwyczaj słabe obrzmienie gruczołów chłonnych brak dłużej trwającej gorączki. Brak także pocenia się i wykrztuszania, tak, że wydzielanie odbywa się tylko przez nerki i przewód pokarmowy. Wziąwszy jeszcze na uwagę obfite złuszczenie się naskórka i nabłonka błon śluzowych w pierwszych dniach życia, to mieć będziemy jasne pojęcie o braku odporności noworodka przeciwko szkodliwościom wewnętrznym.

Wiadomo, że mniej jadowite drobnoustroje wywoływać mogą u dzieci ogólne choroby. Do tych drobnoustrojów należą koki ropne prawidłowej wydzieliny pochwy, a tem bardziej produktów zapalenia nieżyłowego narządów płciowych. Mogą one wywoływać u dzieci stany zapalne.

Oprócz tego działają i inne czynniki: stan odżywiania i rozwoju, przebyte lub istniejące choroby i t. d.. Na jadowitość drobnoustrojów działa również symbioza z drobnoustrojami gnicia [ważne bardzo dla zakażeń pochodzenia pępkowego i z jamy ustnej], wzmożenie jadowitości dzięki przechodzeniu drobnoustroju z jednego ciała w drugie [rzecz bardzo ważna w zakładach].

Co się tyczy źródeł zakażenia to już życie płodowe nastęrcza do nich sposobność, a mianowicie: zakażenie łożyska i wód płodowych. Zakażenia po urodzeniu należą do rzędu autoinfekcji, albo też heteroinfekcji; niepodobna jeszcze ściśle przeprowadzić między nimi granicy. Środowiskiem, w jakim znajdują się drobnoustroje, jest powietrze [zwłaszcza w szpitalach]. Te drobnoustroje z powietrza albo wprost dostają się do ustroju dziecka [na skórę, narządy oddechowe i t. d.], albo też zakażają przedmioty, mające styczność z dzieckiem, pożywienie i t. d.. Zwłaszcza w tym kierunku szkodliwie działa zakażenie rąk osób, dozoruujących dzieci; w ten sposób zaraża się zarówno rana pępkowa, jak i pokarm, przygotowany przez owe osoby.

Ważnym źródłem zakażenia jest również woda, używana do kąpeli. Wiadywane przypadki choroby WINCKEL'a, spowodowane przez *bacterium coli*, znadowane w wodzie kąpielowej i narządach zmarłych dzieci, przypadki *dermatidis exfoliativae*, ropnego zapalenia ucha i opon.

Źródłem zakażenia jest również pokarm dziecięcy. Bardzo małe własności zakaźne posiada mleko kobylicę; własności te stają się bardziej wybitnymi, gdy na brodawkach sutkowych znajdują się nadżarcia, w których zwykle znajdują się paciorkowce ropne. Źródłem zarazy może być również zapalenie sutki. Wreszcie do mleka dostawać się mogą drobnoustroje, tkwiące w ustroju matki, np. *diplococcus pneumoniae*. Daleko obfitszemi są źródła zarazy przez

mleko krowie. Najprzód źródłem zakażenia mogą być smoczki, butelki, dalej domieszki do mleka kału, brudu, a także rozwinięcie się w mleku różnych drobnoustrojów.

Co się tyczy autoinfekcyi, to wiadomo, że noworodek, jałowy przy urodzeniu, zawiera bakterye we wszystkich jamach, łączących się ze światem zewnętrznym. Różne okoliczności są w stanie obudzić z uśpienia tych stałych mieszkańców błon śluzowych i skóry. Najbardziej jadowite bakterye przenikać mogą przez nieuszkodzony nabłonek; zwykle jednak potrzeba w tym celu drobnych, choćby mikroskopijnych nadżarć nabłonka, zastoju żylnego, braku pewnych mechanicznych środków ochronnych, jakimi są np. ruchy języka, oczyszczającego jamę ust, braku działalności pewnych wydzielin, np. soku żołądkowego.

Co się tyczy dróg, któremi dostaje się czynnik zakaźny, to na pierwszym miejscu postawić należy [oprócz łuszczenia się naskórka, niedostatecznego rozwinięcia warstwy rogowej skóry, braku ekspektoracyi] sprawę martwienia i tworzenia się linii demarkacyjnej około resztki pępownicy. Już starzy autorowie uważali ranę pępkową za drogę, przez którą czynnik zakaźny dostaje się do ustroju. Czynnik ten dostawał się albo przez około-naczyniowe drogi chłonne i powodował sprawy zapalne w błonach surowicznych, albo też wprost przez naczynia i wywoływał liczne ropnie w narządach wewnętrznych. Obecnie są to rzeczy rzadsze, niemniej przeto zdarzające się. Przecież pępownina jest doskonałą glebą odżywczą dla drobnoustrojów, tem bardziej, że choroby pępka ułatwiają w wysokim stopniu dostawanie się doń bakteryi. Jak zaś te ostatnie mogą powodować rozlane zapalenia naokoło pępka, tak mogą przenikać i głębiej w tkanki.

Tak BABÉS badał trupa 50-dniowego dziecka w godzinę po śmierci i znalazł obrzęk i brudne zabarwienie resztek sznurka pępkowego, ostre zapalenie tętnic z zakrzepami zropiałymi, zapalenie rozszerzające się na tętnice brzuszne, przytem krwawe zawały w śledzionie i płucach, świeże błony rzekome na opłucnej i t. d. Takie przypadki zapalenia tętnic pępkowych z następczą posocznicą nie są rzadkie.

Co się tyczy błon śluzowych, to na pierwszym miejscu postawić należy łącznicę, choć zapalenia jej rzadko dają powód do ogólnego zakażenia. To samo stosuje się do błony śluzowej nosa, chociaż zawiera ona bakterye jadowite; wyjątek stanowi tylko owrzodzona błona śluzowa nosa, np. przy syfilisie. Zakażenie powstawać może również przez ucho średnie. Jama bębenkowa otrzymuje zarazki głównie z jamy ustnej przez trąbkę EUSTACHIUSZA. Najważniejszą jednak drogą zarazy jest jama ustna, która już w stanie zdrowia jest siedliskiem drobnoustrojów chorobotwórczych: gronkowców, paciorkowców, pneumokoków, *bacillus coli* i t. d.. Częste katary i owrzodzenie jamy ustnej ułatwiają przedostawanie się tych drobnoustrojów do narządów wewnętrznych, czemu sprzyja mały rozwój gruczołów chłonnych gardzieli.

Bardzo ważną również drogą zarazy jest przewód oddechowy. Zakażenie powstawać może jeszcze w życiu płodowem przez wdechnięcie wody płodowej, przy urodzeniu przez aspiracyę wydzieliny pochwy; tembardziej następuje aspiracya drobnoustrojów z powietrza po urodzeniu. Drobnoustroje te są stałymi mieszkańcami krtani, tchawicy i wielkich oskrzeli. Te wielkie oskrzela mają też rozwinięty aparat ochronny: nabłonek migawkowy, wydzielinę błony śluzowej, gruczoły chłonne; im oskrzela stają się cieńsze, tembardziej brak tych środków ochronnych i dla tego, jeśli drobnoustroje dostaną się do cienkich oskrzeli, organizm nie może się przeciwk nim bronić. U dzieci stać się to może tem łatwiej, że wykrztuszania prawie niema; że przy polykaniu często część pokarmu dostaje się do krtani; dalej, że wydzielina oskrzeli, np. przy

obfitych wymiotach i wypróżnieniach, wskutek utraty wody, prawie znika. Tem się objaśnia udział płuc w chorobach narządów trawienia. Uogólnienie zakażenia następuje albo dzięki temu, że bardzo jadowite mikroby nekrotyzują błonę śluzową oskrzeli, dostają się do warstw głębszych, gdzie wytwarzają toksyny, przez wessanie których powstają objawy ogólne: wysypki skórne, zwyrodnienie gruczołów brzusznych. Czasem przebieg choroby jest mniej ostrym i powstają najprzód miejscowe stany zapalne w drogach oddechowych, a dalsze zakażenie odbywa się przez naczynia limfatyczne, rzadziej przez krwionośne.

Wogóle rozprzestrzenianie się jadu organizowanego odbywa się za pośrednictwem naczyń chłonnych, co się objaśnia tem, że limfa krąży znacznie wolniej i ma daleko mniejsze własności bakteryobójcze, niż krew. Rozprzestrzenianie się ognisk zapalnych w płucach odbywa się również za pomocą naczyń limfatycznych, a nie za pomocą zatorów, jak to przypuszczają CZERNY i MOSER.

Tak często zdarzające się zaburzenia żołądkowo-kiszkowe wśród ssawców w zakładach, objawiające się biegunką i wymiotami, zaburzenia, z którymi daleko rzadziej spotykamy się wśród ubogiej, nieprzewykłej do racjonalnego obchodzenia się z dziećmi ludności, każą nam przypuszczać, że właściwie choroba przewodu pokarmowego jest tu tylko objawem, istotą zaś rzeczy jest zakażenie. Potwierdzi to i fakt, że zmiany anatomiczne są daleko mniejsze w przewodzie pokarmowym, aniżeli w innych narządach; dalej, że wszelki czynnik septyczny, np. rozlane zapalenie skóry, róża, wywołuje u dzieci objawy ze strony przewodu pokarmowego. SEVESTRE, opierając się na częstem występowaniu zapalenia płuc u dzieci chorych na zaburzenia w trawieniu, wyraził przypuszczenie, że chodzi tu o przedostawanie się zarazka z przewodu pokarmowego do płuc. Inni badacze rozszerzyli na zasadzie wtórnych badań to pojęcie o zakażeniu ze strony przewodu pokarmowego, a CZERNY i MOSER wprost wprowadzili oddzielną nomenklaturę chorób przewodu pokarmowego, nazywając wszelkie zaburzenia umiejscowione niestrawnością, a pod nazwą ostrego zapalenia żołądka i kiszek (*gastroenteritis*) rozumieją tylko chorobę ogólną, zakażenie żołądkowo-kiszkowe. Przewód więc pokarmowy uznanym został na najczęstszą drogę przenikania zarazków do ogólnego krwiobiegu.

Twierdzeniom tym brak jednak ściślejszej podstawy anatomo-patologicznej i doświadczalnej. Rzadko tylko znajdowano bakterie chorobotwórcze w zawartości kiszek, w gruczołach kiszkowych, rzadko w śledzionie i wątrobie, a nigdy w sercu w tem ogólnem zbiorniku krwi, wreszcie rzadko również w płucach. Badanie CZERNY'ego i MOSER'a na żywych uskutecznione przez nakłucie palca i hodowli ze krwi, w ten sposób wydobytej, są bardzo niepewne i wątpliwe, ze względu na to, że jest nadzwyczaj trudno, prawie niemożliwie wyjałowić powierzchnię skóry, tak, że badanie krwi daje tylko wtedy pewne rezultaty, kiedy krew bierze się wprost z żył. Badania CZERNY'ego i MOSER'a są tem bardziej wątpliwe, że znajdowali w hodowlach główne koki, które są stałymi mieszkańcami skóry; przytem autorowie nie dowiedli wcale, aby te same bakterie znajdowały się w wypróżnieniach, co i we krwi. Inni autorowie nie potwierdzili wyników CZERNY'ego i MOSER'a; tylko parę przypadków, dokładnie histologicznie zbadanych przez ESCHERICH'a, świadczy o możliwości zakażenia paciorkowcami ze strony przewodu pokarmowego.

Tak więc zmiany mięszkowe w gruczołach, towarzyszące zaburzeniom w trawieniu, mają swe źródło w zakażeniu toksynami, albo też w przedostaniu się drobnoustrojów z innych narządów, w których one prawidłowo się znajdują. Trzeba być przytem ostrożnym w stawianiu wniosków przy znajdowaniu bakterii w narządach wewnętrznych, gdyż zwłaszcza *bacterium coli* bardzo często z kiszek przechodzi do innych narządów w chwili konania. U dzieci może to przyjść tem łatwiej do skutku, że konanie u nich trwa nieraz bardzo

dlugo. Rozstrzygającą pod tym względem rzeczą jest dokładne badanie drobnowidzowe narządów i określenie wieku istniejących zmian anatomicznych. Wogóle jednak bakterye nie przedostają się przez chorą, nawet znekrotyzowaną błonę śluzową przewodu pokarmowego, a tem bardziej przez zdrową.

Tak więc zakażenie drobnoustrojami ze strony przewodu pokarmowego w zasadzie możliwe, jest jednak rzeczą nader rzadką. Wogóle rozszerzanie się drobnoustrojów w ustroju odbywa się głównie przez naczynia limfatyczne.

Wreszcie wspomnieć należy, że zakażenie dojść może do skutku przez narządy moczopłciowe.

[Pojąć trudno, dlaczego autor tak sceptycznie zachowuje się co do możliwości zakażenia ze strony przewodu pokarmowego, a z taką łatwością zgadza się na możliwość przedostawania się laseczników przez inne narządy, np. płuca, narządy moczopłciowe. Wszak i przewód pokarmowy zawiera mnóstwo naczyń chłonnych i jest z pewnością częściej jeszcze od płuc i narządów moczopłciowych siedliskiem bakteryi chorobotwórczych. Prawda, że badania pośmiertne wykazują, że przewód pokarmowy jest nieraz anatomicznie zdrowy, przy najbardziej posuniętych zaburzeniach za życia, lecz to samo stosuje się nieraz do narządów oddechania; trudno zaś przypuścić, aby np. te ostatnie były tak bezbronnemi w walce z bakterjami, jak to przypuszcza autor. Być może, że za życia dostają się do wnętrza ciała tylko toksyny, a nie bakterye i że te ostatnie przenikają i przy chorobach innych narządów, zarówno jak przy chorobach przewodu pokarmowego, dopiero w chwili konania (*przyp. sprawozd.*)].

(*Volkmann's klin. Vorträge. 1898. Nr. 220.*)

St. Kamiński.

182. Opitz. Uwagi nad odkażaniem rąk i użyciem rękawiczek podczas operacyi.

Najnowsze badania wykazują, że nie posiadamy dotąd sposobu dokładnego odkażania rąk, ażeby stały się jałowemi w bakteryologicznem tego słowa znaczeniu. Autor wcierał sobie w skórę rąk hodowle bulionowe gronkowca złocistego i po 10 minutach przystępował do mycia rąk podług przepisu AHLFELD'a i za pomocą alkoholu; pomimo całej staranności zawsze otrzymywał mniej lub więcej liczne hodowle gronkowca i innych drobnoustrojów. Na przeszkodzie do dalszych doświadczeń stało utworzenie się ropni na obu rękach, z zawartości których wyosobnił czyste hodowle gronkowca. Łuska naskórka po 10-dniowem użyciu na skórę okładu sublimatowego [1‰] jeszcze w 4 dni po zaprzestaniu okładu okazała się jałową; po strąceniu zaś sublimatu za pomocą siarku amonu, z naskórka można było otrzymać obfite hodowle gronkowca.

Z powyższego wynika, że chociaż sublimat mocno utrzymuje się w powierzchniowych warstwach skóry, nie jest on jednak tak pewnym środkiem odkażającym, jak utrzymuje GOENNER, który daje pierwszeństwo sublimatowi przed alkoholem. Badanie KROENIG'a i PAUL'a, przeprowadzone w tym samym kierunku, wykazały również małą zdolność sublimatu, co do odkażania głąkich powierzchni.

Nie może zatem być mowy o zniszczeniu gronkowca złocistego na rękach chirurga za pomocą obmywania roztworem sublimatu; zdolność względnego odkażania rąk należy przypisać wyłącznie czynnikom mechanicznym, przy których roztwór sublimatu odgrywa rolę płynu jałowego. NEUBER, używający do opłukiwania rąk jedynie wyjałowionej wody, otrzymywał przy zabiegach chirurgicznych zupełnie zadawalające wyniki. Rola 96° alkoholu sprowadza się do usuwania wierzchnich warstw naskórka, rozmiękłych wskutek mycia mydłem w ciepłej wodzie. Tu należy zrobić uwagę, że we wszystkich doświadczeniach w skórę wcierało forsownie drobnoustroje lub ich zarodniki,

przeło nie można otrzymanych wyników całkowicie zastosować do zwykłych warunków.

Możliwie dokładne wymycie rąk mydłem i szczotką w ciepłej wodzie oraz częste oplukiwanie w ciepłej wodzie podczas operacji należy uważać za jedyną ochronę skóry; zresztą większość drobnoustrojów, spotykanych na powierzchni ciała, bez względu na ich znaczną ilość, należy do mniej szkodliwych. Zakażenie jamy brzusznej prędzej pochodzi może z powodu przenikania bakterii przez przewód pokarmowy, z zakażenia powietrznego, z zarazków, znajdujących się w ustach i w nosie operującego, niż z drobnoustrojów, tkwiących w skórze rąk chirurga.

Przechodząc do kwestyi używania rękawiczek podczas operacji, autor przeciwny jest zdaniu DOEDERLEIN'a, który zaleca rękawiczki gumowe, jako posiadające gładką powierzchnię i są nieprzenikliwe dla wydzielin gruczołów skórnych, w których znajduje się siedlisko drobnoustrojów, niedostępne do zewnątrz odkażenia. Zachęcając do używania rękawiczek nicianych, autor podnosi następujące dodatnie ich strony: cienkie rękawiczki nie utrudniają w niczem operowania; czucie dotyku prawie wcale nie ulega zmniejszeniu; oddzielanie i utrzymywanie gładkich i śliskich narządów znakomicie się ułatwia; przy zanieczyszczeniu łatwo je zmienić; wyjałowienie nie przedstawia żadnych trudności. Przenikanie drobnoustrojów przez takie rękawiczki należy do wyjątków. Poważni autorowie [MIKULICZ, KUESTNER] jednomyślnie zachwalają użycie rękawiczek nicianych i są zupełnie zadowoleni z wyników, otrzymanych po ich użyciu. Nakoniec powierzchnię rany można bardzo dokładnie wytrzeć palcem, uzbrojonym w nicianą rękawiczkę. Użycie gumowych rękawiczek autor zachowuje do tych nagłych przypadków, w których nie ma czasu na dokładne wymycie i względne odkażenie rąk.

(Berl. klin. Woch. Nr. 39. 1898).

A. Koczyński.

183. R. Lépine. Dyetyka w przypadkach cukrzycy. (*Traitement diététique du diabète*).

W celu zwalczenia nadprodukcji cukru we krwi w przypadkach cukrzycy należy przedewszystkiem odpowiednio zalecanymi pokarmami zmniejszyć przychód do organizmu wodorów węgla, a następnie gimnastyką mięśni, opoterapią i różnymi środkami leczniczymi, które jednocześnie powinny wpływać na ograniczenie tworzenia się cukru w ustroju, wspierać wzrost energii glikolitycznej, jak wiadomo, upośledzonej w przypadkach omawianej choroby.

Autor zwraca uwagę jedynie na wpływ różnych pokarmów, zalecanych chorym na cukrzycę. Okazuje się, iż nie tylko ilość wodorów węgla ograniczyć należy, bo i nieumiarkowane wprowadzanie białka również powiększa ilość cukru, wydzielanego z moczem. Ilość zatem mięsa, jaj, ryb, sera i innych zawierających azot pokarmów powinna być ściśle ograniczoną. Dowodzą tego doświadczenia KUELZ'a, MERING'a i NAUNYN'a, którzy wykazali, że przy karmieniu chorych jedynie kazeiną powiększeniu dawki tego białka odpowiadało powiększenie się ilości cukru w moczu.

Co się tyczy tłuszczów, to wszyscy klinicyści zalecają je jednomyślnie w takiej ilości, jaką ustrój znieść może, gdyż nie wywierają one na cukrzycę wpływu żadnego. Autor osobiście, w jednym tylko przypadku, po spożyciu $\frac{1}{2}$ litra śmietany, obserwował powiększenie się ilości cukru w moczu w wyższym stopniu, niż by to wywołać mogły owe dwadzieścia gramów wodorów węgla, jakie zawiera pół litra śmietany. W danym przypadku nie można jednak było wyłączyć naruszenia odpowiedniej diety przez chorego.

Zupełne usunięcie z pokarmów wodorów węgla może być tylko chwilowem i to w przeciągu ograniczonego czasu, w przeciwnym bowiem razie cho-

remu groziłoby przesylenie krwi acetonem. O zupełnem usunięciu wodań węgla, przy stosowaniu zwykle zalecanych w cukrzycy pokarmów, jako to: mięsa, jarzyn zielonych, potraw tłustych i innych — mowy nawet być nie może, każdy bowiem z nich pewną część wodań węgla zawiera. Zresztą, wystrzeganie się nieznacznych dawek wodań węgla niema racyi bytu, gdyż ustrój nawet w przypadkach cukrzycy posiada możność przyswajania pewnej ich części. Chwilowe, ściśle ograniczenie wodań węgla ma na celu nie tylko zmniejszenie w danej chwili ilości cukru w moczu, ale i zapewnienie im na przyszłość większej tolerancji w organizmie. W naszych warunkach największą ilość wodań węgla dostarczamy choremu w postaci chleba; to też zwykły chleb starano się zamienić wielu innymi gatunkami mniej w wodany węgla bogatymi. Autor zadawał się zwykłym chlebem, tylko ilość jego ogranicza, stosownie do stanu chorego, przyczem zaleca nie skórkę, lecz sam ośrodek chleba.

Co się tyczy kartofli, to autor przypomina dane analizy, z których wyprowadza wniosek, iż 100 grm. kartofli może tyle wytworzyć cukru, ile wytwarza go 60—70 grm. chleba.

Niesłusznie zupełnie, zdaniem autora, z listy potraw wyłączone są owoce; większość ich bowiem nie zawiera wodań węgla więcej, niż dozwolone jarzyny. W 240 grm. pomarańczy, na przykład, według analizy KRAUSZ'a, mamy tyle wodań węgla, ile w 10 grm. chleba białego, w brzoskwini znaleziono ich mniej jeszcze. Oprócz tego zwrócić należy uwagę, iż w ogólnej masie cukru owocowego największą część stanowi lewuloza, a tę organizm przyswaja sobie lepiej, niż glukozę. Autor jednak ostrzega, iż ilość wprowadzonej lewulozy powinna być ściśle ograniczoną i umiarkowaną, przy dużej bowiem ilości, jak dowiodły obserwacje HALE WHITE'a i HAYCRAFT'a, znaczna część lewulozy przechodzi w glukozę, a ilość cukru w organizmie zwiększa się znacznie.

Sacharyny FAHLBERG'a autor nie zaleca, ale toleruje ją, zaznaczając jednak, iż w dozach większych wywołać ona może niestrawność i biegunkę. Mannit wywołuje kolkę, o dulcynie zaś autor sądu żadnego wydać jeszcze nie może. Zdaniem jego, chory powinien bez cukru obywać się zupełnie, a do braku jego przyzwyczajają się prędko i łatwo.

Co do mleka, zdania klinicystów różnią się znacznie i gdy jedni twierdzą, iż pod wpływem mleka ilość cukru w moczu wzrasta, inni dowodzą, iż mleko nie wywiera na nią żadnego wpływu. Autor przypuszcza, iż objaw ten zależnym jest najzupełniej od indywidualnego usposobienia chorego, od jego idiosynkrazy, to też w każdym przypadku stosowania mleka należy zwracać baczną uwagę na ilość cukru w moczu. Gdyby mleko oddziaływało ujemnie, to zastąpić je należy mlekiem, pozbawionem cukru metodą WRIGHT'a lub RINGER'a, lub, jak chce WILLIAMSON, śmietaną, wodą rozcieńczoną, a wreszcie kefirem lub kumysem. Wogóle autor radzi dawać dużo płynów, szczególniej moczopędnych, o ile bowiem więcej wyprowadzimy cukru z moczu, o tyle mniej pozostanie go w ustroju.

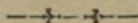
Z pośród trunków wysokowych autor pozwala tylko na spirytus, rozcieńczony wodą i niektóre gatunki białego i czerwonego wina i to w ilości ściśle ograniczonej.

Likiery, wino szampańskie, piwo i inne szkodzą stanowczo. Spirytus w umiarkowanej dozie wzmacnia siły, ułatwia trawienie, a na powiększenie cukru nie wpływa zupełnie, o ile zatem niema przeszkody ze strony wątroby, może być w przypadku cukrzycy zalecanym.

(*La Semaine médicale*, Nr. 50. 1898).

W. Ettinger.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie z dnia 4. X. 1898.

1) GROSGLIK przedstawia 18-letniego robotnika, który przed trzema miesiącami uderzył kroczem o pręt żelazny, a nazajutrz przybył do szpitala, skarżąc się na zupełne zatrzymanie moczu. Badanie chorego wykazało: moczna wielkości główki dziecięcej; na kroczu guz wielkości pięści; obrzęk napletka; skóra moszny, krocza i prącia barwy ciemno-fioletowej; pęcherz, wypełniony moczem, sięga do pępka. Tegoż dnia G. przeciął skórę na przestrzeni od nasady prącia przez mosznę aż do odbytu, wzdłuż linii śrookowej, otwierając tem cięciem jamę, wypełnioną skrzepami krwi i płynem cuchnącym. Po oczyszczeniu jamy przekonał się G., że ma do czynienia z rozdarciem poprzecznym cewki w samej opuszce, oraz zupełnem odłuszczeniem jej odcinka obwodowego od tkanek otaczających na długości około 3 ctm.. Po wytampowaniu jamy gazą jodoformową, nacięto jeszcze w kilku miejscach nacieczoną skórę na mosznie i brzuchu. W ciągu 2 tygodni po operacji chory oddawał mocz przez ranę krocza, następnie zaś przez wprowadzony do pęcherza na stałe cewnik. Przed miesiącem, po usunięciu cewnika, zaczęto stosować metodyczne rozszerzanie cewki, która teraz przepuszcza Nr. 22 zgłębnika. Na kroczu pozostała przetoka włosowata. G. poleca w przypadkach podobnych dokonywania rozległych cięć, a przeciwny jest zeszywaniu doraźnemu cewki lub pozostawianiu na stałe kateteru zaraz po operacji, gdyż takie postępowanie może się przyczynić do zakażenia dróg moczowych, leżących powyżej uszkodzenia.

2) BREGMAN i GUIRARD przedstawiają historyczkę z objawem nadmiernego pocenia się lewej połowy ciała (*hyperidrosis unilateralis*): przy najmniejszym choćby wysiłku występuje tu obfity pot kroplisty na lewej połowie twarzy, na lewej połowie skóry czaszki i karku; przy większem zmęczeniu poci się lewa połowa ciała, podczas gdy prawa nie jest wcale spocona lub też jest spocona znacznie mniej. Chora skarży się na niepokój, bóle lewej połowy głowy, zawroty głowy, bóle w krzyżu i podbrzuszu, częste oddawanie moczu, wreszcie na powtarzające się od paru lat napady, połączone z utratą przytomności. Przedmiotowo stwierdzono upośledzenie czucia bólowego skóry i błon śluzowych lewej połowy ciała, zmniejszenie pola widzenia, głównie lewego oka, prawie zupełne zniesienie odruchu łącznicy, osłabienie odruchu gardzieli po stronie lewej, brak odruchów przy łechtaniu podeszew, wreszcie *oophoritis et parametritis sin.* Chora od roku karmi, matka jej miewa uporczywe bóle głowy.

3) KRAUZE przedstawia pacyenta po doszczętnem usunięciu przepukliny pachwinowej wolnej sposobem KOCHER'a.

4) BIERNACKI komunikuje spostrzeżenie, jakie zrobił, badając chorych na moczówkę cukrową. Chorzy tacy cierpią, bardzo często na zęby, które zaczynają się ruszać, a następnie nieraz wypadają; często rozwija się t. zw. *blennorrhoea alveolaris*. Natężenie objawów powyższych nie idzie w parze z natężeniem cierpienia zasadniczego. B. uważa, że objaw ten może ułatwić rozpoznanie moczówki cukrowej w przypadkach wątpliwych.

W dyskusji SAWICKI zaznacza, że *blennorrhoea alveolaris*, polegająca na zaniku wyrostka zębodołowego, uważana jest oddawna za objaw zakażenia ogólnego, autorowie francuscy wiążą ją z artrytyzmem. S. spostrzegł jeden przypadek tego cierpienia, lecz rozbiór moczu nie wykazał tu zwiększenia ilości kwasu moczowego, ani też obecności cukru.

JANOWSKI spostrzegał dwa przypadki moczówki cukrowej, powikłanej chwieaniem się wypadaniem zębów: dotyczyły one 20-letniego mężczyzny i 60-letniej kobiety. W obu przypadkach rozpoznanie moczówki cukrowej nie ulegało wątpliwości.

TRZCIŃSKI zwraca uwagę, że cierpienie zębów, o jakim mówił BIERNACKI, powstawać może wskutek różnorodnych przyczyn, między innymi np. wskutek zatrucia rtęcią.

5) PECHKRANEC odczytał rzecz p. n. „Z kazuistyki nowotworów przysadki mózgowej“. Pracę tę znajdują czytelnicy w N-rze 43 i 44 Gazety z r. b.

W dyskusji prof. BRODOWSKI zwraca uwagę na niezwykle wielkość nowotworu w przypadku PECHKRANCA. Nowotwory przysadki są zwykle małe [największy, jaki widział mówca, posiadał wielkość kasztana]; najczęściej są to gruczolaki (*adenoma s. struma hypophyseos*), rzadziej raki, a najrzadziej mięsaki. W danym przypadku nowotwór określić należy jako *sarcoma telangiectodes*, a nie *angio-sarcoma*.

Według STEINHAUSA, *sarcoma telangiectodes* i *angio-sarcoma* oznaczają jedno i to samo.

RYCHLIŃSKI sądzi, że charakterystyczne ruchy, których powstawanie prelegent przypisuje usadowieniu się nowotworu w okolicy wzgórków czworaczych, powstawać mogą wskutek ucisku *plexus chorioidei lateralis*, który łączy się z *plexus chorioideus medius*. Powstaje tą drogą obrzęk trzeciej komory i podrażnienie tych miejsc, w których według wielu autorów znajdować się mogą ośrodki tych ruchów.

PECHKRANEC zaznacza, że nowotwór w jego przypadku uciskał odnogi mózgowe, szczególnie lewą, czem objaśnić można zwiększone napięcie mięśni i przykurczenie kończyn prawych.

JANOWSKI zwraca uwagę na pominięcie przez prelegenta braku odczynu źrenic w szeregu objawów, przemawiających za rozpoznaniem guza przysadki mózgowej, *resp.* komory środkowej. Sama ślepotą chorego nie może dawać prawa do rozpoznania ucisku na skrzyżowanie nerwów wzrokowych, gdyż pomimo ślepoty źrenice oddziaływać będą na światło prawidłowo, jeżeli guz zajmuje drogi wzrokowe poza *corpus geniculatum laterale*. Przypadek tego rodzaju spostrzegał J. w ostatnich czasach. Nieprawidłowość ruchów kończyn zależała w przypadku PECHKRANCA od ucisku, nacieczenia lub obrzęku pierwiastków anatomicznych na podstawie komory trzeciej włącznie z dolną częścią wzgórków wzrokowych. Odnogi mózgowe, zdaniem J., nie odgrywały tu roli, brakowało bowiem objawów ze strony czucia. Nowotwór w przypadku PECHKRANCA jest, jak widać z przedstawionych preparatów, mięsakiem, obficie unaczynionym (*sarcoma telangiectodes*), lecz nie powstałym ze śródbłonna lub błony zewnętrznej naczyń (*angiosarcoma*).

BREGMAN kładzie nacisk na spostrzegany przez prelegenta w jego przypadku niedorozwój narządów płciowych. Objaw podobny, towarzyszący dość często akromegalii, która jest w związku z przysadką mózgową, jest w danym przypadku jednym z faktów, przemawiających za pochodzeniem nowotworu z przysadki.

BIRO, który przypadek PECHKRANCA miał w obserwacji w ciągu 2 lat, widywał w innym jeszcze przypadku nowotworu przysadki mózgowej, podobnie, jak tutaj, niedorozwój narządów płciowych.

Wiadomości drobne.

— MASCARÓ ISERN zaleca stosowanie roztworów wodnych [5%] protargolu przy zapaleniu kataralnym szyjki macicznej. Wystarczać ma t. zw. tuszowanie wymienionym roztworem. W razach wyjątkowych, przy zadawnionem bardzo cierpieniu, autor zostawiał tampony, zmaczane w 5%-ym roztworze protargolu, przez całą dobę w jamie macicy, co żadnych następstw szkodliwych nie wywoływało. Protargol rozpuszcza się dobrze w wodzie. Roztwory jego nigdy się nie psują.

(*Gazeta medica Catalana*. 1898. Nr. 20).

Wl. J.

— Dr. LARGER na zjeździe chirurgów w Paryżu przy świeżych oparzeliznach, szczególnie powierzchownych, zaleca kąpiele miejscowe lub całkowite w roztworze chlorku potasu. Przy tym zabiegu leczniczym ból może być podobno uśmierzonym od razu. Następnie oparzone miejsce, aż do zagojenia, leczy się przykładaniem okładów z wyżej wymienionej soli.

(*La Semaine médicale*. Nr. 53. 1898).

W. Et.

— W szpiku kostnym królików [przy głodzeniu, oparzeniach, ropieniu, powrotnym upuście krwi] spostrzegal Foa bardzo wyraźną fagocytozę, w której rolę czynną odegrywały komórki olbrzymie [megakaryocyty HOWELL'a], a bierną leukocyty, wchłonięte z powodu nieudolności do pracy swoistej. W zjawisku tem widzi F. główne przeznaczenie megakaryocytów. Przy wstrzykiwaniu do żył i pod oponę twardą hodowli gronkowca lub niewyjałowionego mleka nastąpiwały zniekształcenia komórek olbrzymich, którym zawsze towarzyszyły zatory tych ostatnich do naczyń włoskowatych płuc, lecz nigdy w żadnym miejscu krwiobiegu nie tworzyły się zakrzepy. Zator kończy się zawsze zanikiem megakaryocytów.

(*Centralbl. für allg. Pathol. u. pathol. Anat.* Bd. IX. Nr. 20).

Z M.

Wiadomości bieżące.

— Zmarł w Szydłowcu [gub. kieleckiej] w końcu listopada r. b. D-r J. E. MARESZ, wychowaniec Warszawskiego uniwersytetu, autor prac: „Nagminne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych w Szydłowcu i jego okolicy“ [*Gaz. Lek.* 1880]. „Przypadek kamieni napełtkowych“ [*Gaz. Lek.* 1881]. „Sporysz z siarczanem potasu przeciwko guzom mlecznym i zapaleniom pokarmowym sutek“ [*Gaz. Lek.* 1881]. „Dzieciobójstwo dokonane w czasie napadu padaczki zamaskowanej“ [*Gaz. Lek.* 1881].

— Świeżo założone, a tak dawno upragnione Towarzystwo Hygieniczne z chwilą podzielenia się na sekcye wstępuje w okres działalności, która oby była najpłodniejszą i stała się udziałem jak najszerszego koła naszej inteligencji. Na każdym posiedzeniu Rady Towarzystwa balotowani są nowi członkowie, których liczba dochodzi już do 200. Dnia 25 b. m. w sali posiedzeń Towarzystwa [wynajętej od Muzeum Przemysłu] odbyło się pierwsze posiedzenie sekcyjne. Obradowała pierwsza sekcya higieny zdrojowisk i miejscowości klimatycznych. Przewodniczącym sekcyi obrano kol. H. DOBRZYCKIEGO, sekretarzem kol. A. PUŁAWSKIEGO. Plan przyszłych zajęć tej sekcyi wyłonił się zaraz na pierwszym posiedzeniu w następstwie ożywionej dyskusyi. Postanowiono przedewszystkiem zająć się przeglądem nowych stacyi klimatycznych [Otwock, Sławuta, Ojców, Nieklań], następnie zdrojowisk i t. zw. zakładów przyrodo-leczniczych. Niezależnie od tego sekcya ma się rozejrzeć w warunkach higienicznych bardziej uczęszczanych miejscowości letniego pobytu, których oplakany stan sanitarny domaga się reform. Na przyszłe posiedzenie sekcyi, które ma się odbyć dnia 16 grudnia o 8-jej wieczorem, zapowiedziano trzy odczyty: kol. A. SOKOŁOWSKI mówić będzie „O niektórych naszych stacyach klimatycznych parę uwag praktycznych“, kol. J. ZAWADZKI. „O głównych potrzebach naszych mieszkań

letnich“, kol. K. CHEŁCHOWSKI „O wspólnych interesach naszych zdrojowisk i miejscowości leczniczych“. Byłoby pożądanem, ażeby lekarze jak najliczniej podawali się na członków Towarzystwa Hygienicznego dla przyjęcia czynnego udziału w wybranych przez siebie sekcjach. Jak wiadomo, osoby, pragnące należeć do Towarzystwa, zgłaszają się o to do którego z członków i poddawane są balotowaniu przez Radę Towarzystwa. Ustawa Towarzystwa Hygienicznego drukowaną była w *Zdrowiu* [maj. 1898 r.], projekt zaś regulaminu w zeszyście listopadowym tegoż pisma.

— Nakładem Kasy MIAŃOWSKIEGO wyszło z druku dzieło nieodżałowanego, a tak przedwcześnie zgasłego ST. KRYSIŃSKIEGO p. t. „Słownictwo Anatomiczne. Część I i II. Pod prasą znajduje się jeszcze część III, której druk w krótkim czasie będzie ukończony. Cokolwiekby krytyka powie o tem dziele, trzeba przyznać, że jest ono owocem mozolnej, benedyktyńskiej pracy, przedsięwziętej z zaparciem się siebie przez umiłowanie języka ojczystego i nauki. Całe dzieło składa się z 3 części: Część pierwsza jest tłumaczeniem znanego dzieła HISS'a. *Anatomische Nomenklatur* z tą jednak różnicą, że każdy termin, podany przez HISSA tylko po łacinie, KRYSIŃSKI przetłumaczył na odpowiedni termin polski. Część druga zawiera słownik abecadłowy nazw anatomicznych łacińsko-polski i polsko-łaciński. Część trzecia zawierać będzie słownik etymologiczny, w którym podane jest pochodzenie, a poniekąd i historia każdego terminu anatomicznego. Pracę powyższą ś. p. KRYSIŃSKI pozostawił w rękopisie, a wydaniem jej zajął się z nadzwyczajną gorliwością i pietyzmem kol. ST. MARKIEWICZ z pomocą kol. A. PUŁAWSKIEGO, B. SAWICKIEGO i A. ŚMIECHOWSKIEGO. Przekładu wstępu i ważniejszych objaśnień w części 1-ej dokonał kol. WILH. KNAPPE. Bajecznie niska cena dzieła [tom po 75 kop.] powinna mu zapewnić jak najszersze rozpowszechnienie wśród lekarzy i studentów.

— Wyszedł z druku i jest do nabycia kalendarz lekarski D-ra J. POŁAKA na r. 1899. Wydawnictwo to, prowadzone systematycznie, jeżeli nas pamięć nie myli, od lat 8-iu, jest coraz bardziej ulepszone i odpowiada swemu przeznaczeniu. Na uwagę zasługuje dokładne sporządzenie listy lekarzy w Warszawie i na prowincyi oraz wykaz szpitali na prowincyi z wymienieniem liczby łóżek, listy rozmaitych urzędów lekarskich w Warszawie i na prowincyi. Druk staranny. Do każdego egzemplarza dołączone są 2 notatniki. Cena rs. 1 kop. 50.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski*. № 48. FR. KOŚMIŃSKI, O zmniejszeniu pojemności główki poprzedzającej z następowem wydobywaniem płodu. ST. SCHÖENGUT, Zakrzep zatoki poprzecznej pochodzenia usznego, wyleczony drogą operacyjną. W. JEŻ, Badanie krwi i jego praktyczne zastosowanie w rozpoznawaniu i rokowaniu stanów chorobowych. — *Medycyna* № 48. J. ROSENTHAL, Opis ważniejszych przypadków, operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala Starozakonnych w Warszawie w 1896—1897 roku oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału. ST. KLEIN, Pochodzenie i znaczenie eozynofilii tkanek i krwi. [Dok.]. — *Przegląd Dentystyczny*. F. KOŁAKOWSKI, Plombowanie złotem genewskiem. WŁ. ZIELIŃSKI, O przypadkach przy wyjmowaniu zębów. [C. d.]. F. КОHN, Doraźne dorobienie zęba do protezy kauczukowej bez wulkanizowania.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za 4-ty kwartał r. b.; tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Za Wydawcę, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

A P T E K A

E. G E S S N E R A

Aleja Jerozolimska 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

D r a g é e s .

Dragées acid ars-nicos	0,001
aloes	0,10
balsam. peruviani	0,05
" " "	0,05 c. acid. arsen. 0,001
chinini ferro-citrici	0,05
" muriatici	0,05
" sulfurici	0,05
Camphor. bromat.	0,05
extr. Cascar sagrad. fluid.	0,5
" hydrast. Canadens. fluid.	0,5
" rhei comp.	0,05
" " simpl.	0,05
" Valerianae spir.	0,10
ferii albuminati	0,5
*) " " carbonici-Blaudii minor	ää 10,00=100.
*) " " " Blaudii major	ää 15,00=100.
*) " " " Blaudii c. acid. arsen.	0,001.
" " Valleti	
" dialisati peptonati	0,05
" lactici	0,05.
" oxydulatati Kirchmani	
Gujacoli Carbonici	0,05
" " 0,05 c. extr. belladon.	0,001

G r a n u l a e .

à 0,0005

Granulae c. Atrophin sulfur	Merck.
" Digitalin. pur.	Germ. Merck.
" Strichnin arsenicos.	Merck.
" " nitric	Merck.
" Strophantin.	Merck.
" " "	à 0,001
" acid. arsenicos. pur. alb. et ros.	
" Apomorphin muriat.	Merck.
" Cocain. muriat.	Merck.
" Codein pur.	
" Chinini arsenicos. pur.	
" ferr. arsenicos. pur.	

P i l u l a e .

Pilulae Extr. rhei simpl	0,05
" Cascar. sagrad. fl.	0,5 c. Cacao obd.
" ferri Carbonic. Valleti c. argent.	obd.
" " " " Cacao obd.	
*) " " Carbonici-Blaudii minor	ää 10,0=100.
" " " Blaudii major	ää 10,0=100.
" Kreozoti fagi	0,05 c. Cacao obd.

*) Zielone w rozłamie.

Dragées i granulki cukrem powlekane, zarobione są zupełnie obojętnymi środkami, jak korzeniem ślazowym i wyciągiem lukrecjowym.

Wszelkie zamówienia na draże i granulki z żądaną kompozycją apteka jaknajchętniej przyjmie, lecz w ilości nie mniejszej jednego funta, ponieważ powlekanie cukrem (drażowanie) małych ilości tak pigułek jak i granulek jest niemożliwym.

D r a g é e s .

Dragées guajacoli	0,05
" " 0,10 c. codenini	0,01
" " 0,05 c. acid. arsenicos.	0,001
" hydrastinini hydrochlorici	0,025
" ichtyoli	0,05.
" jodoformi	0,05
" " " c acid. arsenicos.	0,001
" " " c. extr. belladon.	0,001
" " " c. morph. muriatic.	0,004
Kreosoti Carbonici	0,05
" " Fagi	0,03
" " "	0,05
" " " 0,05 c. acid. arsenicos.	0,001
" " " "	0,10
" " " 0,10 c. acid. arsenicos.	0,001
" " " "	0,15
" " " c. balsam. toltan.	ää 0,05
pieis	0,05
" pulv. rad. rhei	0,10

G r a n u l a e .

à 0,001

Granulae c. Kaii arsenicos. pur	
" " Nart. arsenicici. pur.	
" " " arsenicos. pur.	
" " " Morphin. acetic. pur.	
" " " " muriatic. pur	
" " " "	0,01
" " Podophilini pur.	
" " "	à gutt I.
" " Liquor. arsenic. Fowleri	
" " " Pearsoni	
" " Tinet. Strophanti	

P i l u l a e .

Pilulae ferri Carbonic. Blaudii minor	ää	} zielone w rozłamie.
" " "	10,0=100 c. argent. obd.	
" " Carbonic. Blaudii minor	ää	
" " " "	10,0=100 c. Cacao obd.	
" " " Carbonic. Blaudii major	ää	
" " " "	15,0=100 c. argent. obd.	
" " " Carbonic. Blaudii major	ää	
" " " "	15,0=100 c. Cacao obd.	
" pepsini	00,5 c. Cacao obd.	

Franzensbad.

Najbogatsze w kwas węglany źródło litynowe.

Źródło Natalii.

Zalecane bywa w zastarzałych przypadkach diatezy kwasu moczowego, przy małym wydzieleniu kwasu moczowego z krwi, przy kamykach i piasku moczowym, przy cierpieniach nerek i pęcherza, artrytyzmie, reumatyzmie, podagrze i t. p.

Powagi lekarskie stosują tę wodę z wybornym skutkiem.

52—45

Działanie pędzące moc.**Smak przyjemny.****Nie obciąża trawienia**

Wszelkie prawa wysyłki.

Heinrich Mattoni, Franzensbad, Karlsbad, Wiedeń, Budapeszt.

CAŁY ROK
Hydropatja,
Elektryczność,
Masaż
i t. d.

W
LECIE
Kąpiele
Żelaziste,
Borowinowe,
Kumys, Gimnastyka.

NALEŻCZÓW

12—3

ZAKŁAD CHIRURGICZNY
D-ra A. Grünbauma
Warszawa, Nowolipki 25.

10—5

Przyjmuje chorych, kwalifikujących się do operacji, na stałe pomieszczenie.
O warunkach przyjęcia i pobytu wiadomość na miejscu.

Wydawnictwo dzieł lekarskich Polskich w Krakowie.**Nowe dzieła:**

Prof. d-r W. Jaworski. Podręcznik chorób żołądka i dietyki szczegółowej. Wydanie drugie przerobione i znacznie powiększone. Kraków 1899. Str. 512 i XX. n. 1. Cena 11 koron=5 złr. 50 cnt. w. a.

D-r W. Piasek, b. asystent Uniw. Jag., lekarz ordynujący lecznicy powszechnej we Lwowie.
Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Część I. Zasady leczenia wad zastawkowych i zwyrudnień mięśnia sercowego. Kraków 1899, str. 261 i XII n. 1. Cena 6 koron=3 złr. w. a.

Nabywać można w każdej księgarni.

Członkowie i Prenumeratorowie Wydawnictwa dzieł lekarskich Polskich w Krakowie po nadesłaniu zaległej należitości do Administracji (Kraków, Klinika lekarska, D-r Stanisław Kwiatkowski) otrzymają dzieła te jako bezpłatne premie na 1897 i 1898.

Dom zdrowia dla nerwowych i umysłowych chorych.

Lubiń, D-r Olechnowicz, Ordyn. oddziału dla chorób umysłowych przy szpitalu Ś-go Wincentego w Lublinie.

16—2